

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**LUTO PATOLÓGICO, ANSIEDADE PERANTE A
MORTE E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SUA
RELAÇÃO COM A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA
EM ADULTOS MAIS VELHOS**

Isabel Alexandra Lourenço de Almeida

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**LUTO PATOLÓGICO, ANSIEDADE PERANTE A MORTE
E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, SUA RELAÇÃO
COM A SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
ADULTOS MAIS VELHOS**

Isabel Alexandra Lourenço de Almeida

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

“A angústia de ter perdido, não supera a alegria de ter, um dia, possuído.”

Santo Agostinho

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, por todos os ensinamentos transmitidos, não apenas nesta etapa final, mas ao longo de toda a formação em Psicologia, e também por me ter incentivado e apoiado, mesmo quando o cansaço e a motivação mais fraquejavam.

Aos meus pais Ilda e Vítor, por sempre me haverem motivado a ir mais longe, em busca dos sonhos a realizar.

Ao meu namorado, Pedro Alexandre, por estar sempre ao meu lado, nos bons e nos maus momentos, e por acreditar sempre que eu seria capaz, mesmo quando eu duvidava de mim própria, ele nunca deixou de acreditar.

Aos meus sogros de coração, Maria Teresa e Tito Carvalho, por todo o incentivo, ajuda e apoio, sem os quais esta caminhada não teria sido realizada.

Aos meus amigos de todas as horas, com quem partilhei lágrimas e sorrisos, e também inesquecíveis aventuras nos meandros da mente humana: Cláudia Andrade, Ana Bela Águas, Lúcia Pereira, Pedro Taborda, Maria Dias, Teresa Gaspar, Lúcia Mendonça, Nádia Silva, Daniela Santos, Mara Sofia e Vanda Gomes.

E, por último, para a minha “assistente” felina e fiel musa inspiradora *Kitty*, pela companhia nas longas horas de estudo e trabalho.

Resumo

Objectivos: Este estudo consistiu numa análise exploratória das relações entre as manifestações de luto patológico, prolongado ou complicado, ansiedade perante a morte, variáveis sociodemográficas (e.g. sexo e relação mantida com o falecido) e sintomatologia depressiva. **Amostra:** A amostra de conveniência é constituída por 33 adultos com idade igual ou superior a 65 anos. Os participantes foram recrutados na Paróquia de S. João de Deus, em Lisboa, após autorização prestada pelo Pároco responsável. **Instrumentos:** Foram aplicados individualmente os seguintes questionários: Questionário Sócio-demográfico elaborado para o efeito; Questionário de Ansiedade Perante a Morte, de Barros de Oliveira (1998); Instrumento de avaliação da perturbação de luto Prolongado (PG-13), adaptado e validado para a população Portuguesa por Delalibera, Coelho & Barbosa, (2012) e Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D.), de Gonçalves & Fagulha, (2003, 2004; Radloff, 1977). **Resultados:** Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva e o tipo de relação mantida com o falecido, o que contraria a literatura encontrada. Encontram-se, porém, correlações positivas significativas entre: ansiedade perante a morte e manifestações de luto prolongado; sintomatologia depressiva e ansiedade perante a morte. **Conclusões e limitações:** Conclui-se que as manifestações de luto prolongado se mostram positivamente correlacionadas com a ansiedade perante a morte. A sintomatologia depressiva mostra-se positivamente correlacionada com a ansiedade perante a morte. Os resultados obtidos podem dever-se a limitações metodológicas como a reduzida dimensão da amostra, e ao facto de a amostra ser constituída por um número maior de mulheres, do que de homens.

Palavras-Chave: luto patológico, complicado ou prolongado, ansiedade perante a morte, sintomatologia depressiva, adultos mais velhos,

Abstract

Objectives: This study is an exploratory analysis of the relations between the manifestations of pathological, prolonged or complicated grief; death anxiety, sociodemographic variables (e.g. sex and relationship maintained with the deceased) and depressive symptoms. **Sample:** A convenience sample consisted of 33 adults aged over 65 years. Participants were recruited in Paróquia de S. João de Deus, in Lisbon, after authorization given by the responsible parish priest. **Instruments:** the following questionnaires were individually applied: Socio-demographic questionnaire prepared for this study; Death anxiety questionnaire by Barros de Oliveira (1998); Prolonged grief disorder questionnaire (PG-13), adapted and validated for the Portuguese population by Delalibera, Coelho and Barbosa (2012) and The center for epidemiologic studies – depression scale (CES-D.) by Gonçalves & Fagulha (2003, 2004; Radloff, 1977). **Results:** Statistically significant differences have been found between depressive symptoms and the type of relationship maintained with the deceased, which contradicts the literature found. There are, however, significant positive correlations between: death anxiety and the manifestations of pathological, prolonged or complicated grief; depressive symptoms and death anxiety. **Conclusions and limitations:** We conclude that - the manifestations of pathological, prolonged or complicated grief are positively correlated with death anxiety. Depressive symptoms are positively correlated with death anxiety. The results may be due to methodological limitations such as small sample size, and the fact that the sample has a larger number of women than men.

Key-words: Pathological, prolonged or complicated grief, death anxiety, depressive symptoms, older adults.

Índice

Introdução

Capítulo 1: Enquadramento Teórico	2
1.1. O conceito de Luto	2
1.1.1. O luto na teorização psicodinâmica	2
1.1.2. O luto na terceira idade	6
1.1.3. Luto patológico, complicado ou prolongado e luto normal	7
1.1.4 O conceito de luto complicado no DSM-5	7
1.2 Ansiedade face à morte	9
1.3 Depressão na terceira idade	10
1.3.2 O conceito de depressão no DSM-5	13
Capítulo 2: Objectivos e hipóteses de estudo	14
Capítulo 3: Metodologia	17
3.1 Participantes	17
3.2 Instrumentos	18
3.2.1 Questionário sociodemográfico	18
3.2.2 Questionário de ansiedade face à morte	18
3.2.3 Instrumento de Avaliação de perturbação de Luto Prolongado (PG13)	19
3.2.4 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos	20
3.3 Procedimento	21
3.4 Procedimento Estatístico	21
Capítulo 4: Resultados	23

4.1 Caracterização das manifestações de luto prolongado, da ansiedade perante a morte e sintomatologia depressiva	23
4.2 Comparar as manifestações de luto prolongado para ambos os sexos	24
4.3 Comparar a sintomatologia depressiva para ambos os sexos	24
4.4 Comparar a ansiedade para ambos os sexos	25
4.5 Comparar a sintomatologia depressiva com o tipo de relação com o falecido	25
4.6 Análise da relação entre as manifestações de luto prolongado e a ansiedade perante a morte	26
4.7 Análise da relação entre a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte	26
4.8 Análise da relação entre a sintomatologia depressiva e as manifestações de luto prolongado	26
Capítulo 5: Discussão de Resultados	28
5.1 Comparação entre as manifestações de luto prolongado, a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte em ambos os sexos	28
5.2 Comparação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e a relação mantida com o falecido	29
5.3 Comparação entre a ansiedade perante a morte e as manifestações de luto prolongado	30
5.4 Comparação entre a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte	31
5.5 Comparação entre a sintomatologia depressiva e as manifestações de luto prolongado	31
Capítulo 6: Conclusões e limitações do estudo	33
Referências Bibliográficas	35

Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo	17
Quadro 2 – Caracterização dos sintomas de luto prolongado	23
Quadro 3 – Frequências e percentagens – luto prolongado	23
Quadro 4 – Caracterização da ansiedade perante a morte	24
Quadro 5 – Caracterização da sintomatologia depressiva	24
Quadro 6 – Caracterização diferenças sintomatologia depressiva e tipo de relação com o falecido	26

Introdução

O envelhecimento demográfico da população é um problema comum a diversos países desenvolvidos, e Portugal não é excepção, apresentando um elevado índice de envelhecimento populacional. Doravante, deverá ser uma preocupação na ordem do dia da agenda científica em geral, e da psicologia em particular, um conhecimento mais aprofundado das problemáticas relacionadas com o envelhecimento, bem como o desenvolvimento de diversos estudos de natureza empírica que tenham por objecto a população mais envelhecida, no sentido de proporcionar aos nossos idosos um processo de envelhecimento mais funcional, e que tenha subjacente uma política de promoção do bem-estar e de prevenção de patologias próprias desta faixa etária.

O presente trabalho organizar-se-á nos seguintes moldes: num primeiro capítulo será feito o enquadramento teórico que serve de base de sustentação ao estudo empírico desenvolvido, sendo explicitados os constructos em análise, designadamente, o conceito de luto na teorização psicodinâmica, o luto na terceira idade, luto patológico, complicado ou prolongado e luto normal, o luto no DSM-5; Ansiedade face à morte; Depressão e Depressão na terceira idade, a Depressão no DSM-5.

Os objectivos do estudo e as respectivas hipóteses serão explanados no segundo capítulo.

No terceiro capítulo será apresentada a metodologia utilizada na investigação, com descrição do procedimento, caracterização da amostra, instrumentos aplicados.

O quarto capítulo dirá respeito à análise de resultados apurados no estudo empírico.

A discussão dos resultados será levada a efeito no quinto capítulo, e por fim, no sexto e último capítulo apresentam-se as conclusões e limitações da presente investigação.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1.1 O conceito de Luto

1.1.1. O luto na teorização psicodinâmica

Começando por uma prévia contextualização teórica da temática do luto, em termos mais genéricos, importa mencionar um dos textos clássicos sobre este conceito, *Luto e Melancolia* (Freud, 1917 citado em Berzoff, 2003), onde o autor descreve o processo de luto enquanto retirada de energia psíquica do mundo exterior, durante um determinado período de tempo, ocorrendo uma hipercatexia de memórias do objecto perdido entendendo-se por hipercatexia a condição de excessiva concentração de energia mental ou emocional numa determinada representação mental.

No decurso do processo de luto é consumida energia, e para Freud (1917) era expectável que, com o decurso do tempo sob a perda, e a aceitação da realidade da perda, o enlutado fosse gradualmente desinvestindo a energia da pessoa falecida, libertando energia libidinal para realizar novos investimentos objectais. Caso se verificasse uma situação de agressividade inconsciente para com o falecido, haveria um prolongamento do processo de luto.

De acordo com Berzoff (2003), importa considerar a distinção entre os conceitos de luto e melancolia, tal como apresentados por Freud, cabendo frisar que a melancolia descrita por Freud corresponde ao que mais tarde viria a ser designado por luto patológico, apresentando a melancolia alguns aspectos bastante específicos, tais como: a perturbação da auto-estima, o sentir-se mal consigo próprio e a auto-crítica. O luto, tal como descrito por Freud, por oposição à melancolia, corresponde ao processo de luto dito normal, nas concepções mais recentes, e apresenta alguns aspectos em comum com a melancolia: desânimo, perda de interesse pelo mundo exterior e incapacidade para amar novamente.

Melanie Klein (n.d. citado em Berzoff, 2003) interessou-se pelo modo como os processos de luto (normal e/ou patológico) podem ser experienciados de forma distinta, de acordo com o nível desenvolvimental do enlutado. A autora apontou dois tipos de ansiedade sentidos pelos bebés: numa fase mais precoce sentiam ansiedade de destruição, e numa fase mais avançada sentiam ansiedade de abandono. Mecanismos de

defesa como a introjecção permitiriam ao bebé, e ao enlutado, gerir as ansiedades bastante intensas que surgem perante situações de dependência, perda ou frustração. Devido ao risco de tais ansiedades serem insuportáveis, a pessoa enlutada poderá mesmo negar a sua necessidade e dependência em relação à pessoa falecida (o objecto perdido), podendo incorrer os enlutados em processos maníacos como a clivagem, os quais correspondem ao modo de funcionamento mais primitivo, que à luz da teoria Kleiniana se enquadra na posição esquizoparanóide.

Quando os enlutados regressam a um funcionamento em termos de posição depressiva (a posição mais avançada de desenvolvimento à luz da teoria Kleiniana), os objectos passam a ser vistos como bons e maus, como objectos totais, e o luto pode ser vivido sem que haja receio de destruição do *self*.

Neste âmbito, e fazendo uma reflexão crítica no sentido de conciliar esta formulação teórica com a experiência do luto por um idoso, cremos existir um risco acrescido de incorrer em processos maníacos e de funcionamento esquizoparanóide, muito fruto também do historial já algo extenso de perdas que, por inerência, afecta os idosos no respectivo curso de vida, sendo que o mundo interno do idoso enlutado poderia ser povoado por sentimentos persecutórios. Quando o enlutado, ainda que idoso, consegue alcançar novamente o funcionamento correspondente à posição depressiva, o luto poderá então ser vivido sem que esteja presente o medo de destruição do *self*.

Coimbra de Matos (2002) conceptualiza três fases fundamentais no processo de desligamento do objecto perdido (trabalho de luto): a) auto-agressividade: sentimentos de culpa; introversão da libido com hiper-investimento do objecto perdido idealizado e regressão narcísica; b) reacção paranóide: há lugar à escolha de bodes expiatórios (procura de responsáveis pelas circunstâncias desfavoráveis) e c) orientação da agressividade para o objecto perdido: emergência de afectos negativos recalcados, contradição e prejuízos da relação. Também estas três fases do trabalho de luto, propostas por Coimbra de Matos (2002), são a nosso ver, perfeitamente possíveis de ocorrer se o enlutado for idoso.

A terceira idade traz consigo um somatório de perdas acumulado, o qual provoca uma evidente erosão ao nível dos abastecimentos objectal e narcísico dos idosos, isto na medida em que o adulto mais velho se vê confrontado com perdas objectais como a

perda de amigos mais próximos, ou a perda do seu cônjuge ou companheiro, e também com perdas narcísicas de que são exemplos os défices cognitivos e motores (a perda de autonomia produz uma lesão narcísica no idoso, que se sente menos capaz) ou a perda da expectativa de vida que poderá associar-se a um sentimento de perda de esperança.

Em relação ao processo de identificação *self/objecto*, num quadro psicopatológico de luto complicado, sempre que ocorresse uma desilusão com o objecto, a energia libidinal ficaria retraída no ego, e o ego, por sua vez identificar-se-ia com o objecto abandonado. Do conflito entre o ego e o objecto surge um conflito entre uma parte do ego e a instância autocrítica (superego). Há para com o objecto uma relação ambivalente, em que este é amado e detestado, e o ódio leva a atacar a parte do ego que se mostra identificada com o objecto, humilhando-a e encontrando uma satisfação sádica nesse sofrimento. O ego tende a autodestruir-se, porquanto ao tentar destruir o mau objecto destrói-se a si mesmo, já que está identificado com esse mau objecto (Berzoff, 2003).

Todo o processo de luto deverá, desejavelmente, passar por uma elaboração, e se esta falhar pode ocorrer uma situação de luto enquistado e, necessariamente, rígido e patológico, não sendo adaptativo para o enlutado. cremos que, também pela fase mais avançada do desenvolvimento e fruto do somatório de perdas acumuladas, os idosos podem incorrer em maior risco de enquistamento do luto.

Na elaboração do luto há que ter em conta a natureza da relação *self/objecto*, relação esta que poderá ser mais narcísica ou mais objectal, consoante o objecto, entretanto perdido, fosse mais encarado pelo enlutado enquanto fonte de abastecimento narcísico (o objecto como aquele que amava o enlutado, e que ao partir o deixou em situação de abandono ou desamparo, havendo como que uma relação paradoxal, pois em termos narcísicos o objecto é encarado não por aquilo que é, mas sim pelo prazer ou desprazer que pode gerar no *self* e, neste caso, a perda conduz à desestruturação do *self* do enlutado, a perda considerada em termos anaclíticos, pois perder o outro é perder também parte do próprio *self*); ou sendo a relação *self/objecto* encarada de forma mais puramente objectal.

Importa ainda considerar o modo de funcionamento do *self* no decurso do luto de pendor patológico. Destarte, segundo Grinberg (2000), denota-se, no decurso do processo ou trabalho de luto, um retorno da função perceptiva às propriedades inerentes

ao processo primário, com uma falta de continuidade e de constância no modo como se percebe a distinção entre a realidade externa (percepção) e o mundo interno do sujeito (fantasia). Estas perturbações perceptivas podem redundar em características que apontam para a magia e a onipotência, que se destacam.

Ainda de acordo com Grinberg (2000), as alterações perceptivas são motivadas pelas características próprias do processo primário, como a condensação, a simbolização ou o deslocamento. A distinção entre mundo interno e mundo externo apenas é alcançada se for bem-sucedida a elaboração do luto pela perda de um determinado objecto.

No processo de luto, o *self* mostra-se enfraquecido, carecendo de um hiato de tempo que permita elaborar e recuperar com vista à aceitação da perda, tal como resulta da imposição do princípio da realidade (Grinberg, 2000). Inicialmente, a memória do enlutado encontra-se em funcionamento meramente parcial, estando muitas vezes direccionada para idealizar, e recuperando apenas as memórias que dizem respeito a um vínculo com o bom objecto. O autor destaca ainda aquilo que designa por função sintética perante o circunstancialismo de a perda ser vivida em termos de fantasia inconsciente, como uma verdadeira ameaça à integridade do *self*. Tal sucede devido à perda de partes do *self* que se encontravam depositadas no objecto perdido (perdendo-se, assim, a função sintética), ocorrendo também o regresso a estados evolutivos mais precoces.

O luto engloba aspectos distintos como o luto pelo objecto perdido, e o luto pelas partes do *self* do enlutado depositadas no objecto perdido, assumindo a função sintética o papel de permitir reparar o objecto danificado, e tornando possível, por esta via, recuperar e reparar os aspectos ou partes danificadas do *self*, após o que será findo o processo de luto.

Considerando-se a prática clínica, é extremamente importante a clarificação do conceito de luto patológico ou prolongado e seu diagnóstico, sendo para tal relevante a utilização de instrumentos de diagnóstico desta patologia, devidamente validados e adaptados para as respectivas populações, bem como a caracterização de variáveis preditoras do mesmo.

O presente estudo procura promover uma análise exploratória das relações entre a ansiedade perante a morte, variáveis sociodemográficas (e.g. sexo, relação com o falecido), sintomas depressivos e manifestações de luto (patológico ou normal) numa amostra de população idosa, com idade igual ou superior a 65 anos.

1.1.2 O Luto na terceira idade

A terceira idade, enquanto etapa do curso de vida humano, é caracterizada por diversas alterações nos mais diversos níveis da existência e vivência humanas. Como afirma Presa (2014b), trata-se de um período em que se verificam perdas e desvinculações.

De entre o somatório de perdas aos mais diversos níveis (e.g. diminuição da acuidade sensorial, perda da saúde, perda de papéis sociais até então desempenhados), assumem particular relevância as situações em que se dá a morte de entes queridos (e.g. cônjuge, irmãos, amigos ou mesmo filhos), sendo estas situações destacadas e exemplificadas por Presa (2014b).

Considerando as perdas normativas na terceira idade, os dados empíricos apontam no sentido de se revelar particularmente penosa a perda de um cônjuge, que poderá mesmo conduzir a uma quebra de capacidades aos níveis social e pessoal, afectando de forma negativa o bem-estar do cônjuge sobrevivente (Arbuckle & Decries, 1995 citado em Presa, 2014b; Hooyman & Kramer, 2006 citado em Presa, 2014b).

Quanto à vivência de um processo de luto em adultos mais velhos, é de assinalar a existência de evidência empírica que aponta no sentido de uma regulação emocional, um humor mais estável e uma acrescida resiliência denotada nos idosos que enfrentam uma perda dolorosa e atravessam o correspondente processo de luto (Barros de Oliveira, 2010 citado em Henriques Rego, 2014; Bonanno, 2004 citado em Henriques Rego, 2014; Villar & Triadó, 2006 citado em Henriques Rego, 2014).

Os adultos mais velhos socorrem-se também de recursos que contribuem de forma acentuada para uma elaboração tendencialmente mais funcional do respectivo processo de luto, designadamente, as mulheres (devido a uma mais alargada esperança média de vida, experienciam mais a viuvez), ao perderem o cônjuge, equacionando esta perda em termos religiosos e espirituais, gerindo melhor a elaboração da mesma através da prática de rituais fúnebres ou de natureza religiosa - e.g. visitas a cemitérios, cuidar das campas,

levar flores, mandar rezar missas por alma do falecido (e.g. Barbosa, 2010; Bermejo & Santamaría, 2011 citado em Henriques Rego, 2014; Hansson & Stroebe, 2007 citado em Henriques Rego, 2014; Kubler-Ross & Kessler, 2010 citado em Henriques Rego, 2014; Menéndez, 2006 citado em Henriques Rego, 2014; Neimeyer, 2007 citado em Henriques Rego, 2014; Worden, 2010 citado em Henriques Rego, 2014).

Interessante é também o olhar sobre algumas diferenças de género no que diz respeito ao processo de luto, e aqui parece-nos deveras pertinente considerar a abordagem de Henriques Rego (2014), contemplando a aplicabilidade do Modelo de Optimização Selectiva proposto por Baltes & Baltes (1990, citado em Henriques Rego, 2014). Ora, de acordo com o aludido modelo teórico, em termos de vivência da experiência de luto, os idosos (homens e mulheres) optam por promover a selecção de estratégias, centrando a respectiva atenção no desempenho de tarefas que se sentem aptos e dispostos a desempenhar (e.g. as mulheres recorrem ao apoio espiritual e à prática religiosa em homenagem ao falecido; os homens podem mesmo optar por contrair novo casamento, mesmo já na terceira idade); seguem uma estratégia no sentido de otimizar a selecção anteriormente feita, que é mantida e, por fim, buscam estratégias tendentes a permitir obter compensação perante a perda de recursos ou aptidões, procurando novos apoios ou recursos (Henriques Rego, 2014).

1.1.3 Luto patológico, complicado ou prolongado e luto normal

No que tange ao conceito de luto patológico, prolongado ou complicado, iremos considerar enquanto teoria de suporte ao trabalho desenvolvido no presente estudo, o conceito de luto patológico tal como se mostra caracterizado por Barbosa (2010), clarificando este autor que podem ser considerados como critérios de luto prolongado, critérios de ordem: afectiva (e.g. enlutado emociona-se perante a menção ao objecto perdido), cognitiva (e.g. enlutado idealiza os aspectos positivos do objecto perdido, recalando o que é negativo), física/vincular (e.g. enlutado imita características do objecto perdido), comportamental (e.g. enlutado investe de modo excessivo em actividades laborais ou sociais), social (e.g. o enlutado experiencia sentimento de vazio) e existencial/espiritual (e.g. enlutado sente ter perdido uma parte de si mesmo).

1.1.4 O conceito de luto complicado no DSM-5

A inclusão do conceito de luto complicado em futuras revisões dos manuais de diagnóstico de doenças do foro mental faz todo o sentido aos defensores, na medida em que, desta forma, os pacientes em que fosse identificada tal perturbação poderiam vir a ser diagnosticados, sendo posteriormente objecto de intervenções terapêuticas adequadas (Holland, Neimeyer, Boelen, & Prigerson, 2009 citado em Ogden & Simmonds 2014; Latham & Prigerson, 2004 citado em Ogden & Simmonds 2014; Ott, 2003 citado em Ogden & Simmonds 2014; Prigerson *et al.*, 1997 citado em Ogden & Simmonds 2014; Prigerson *et al.*, 1997 citado em Ogden & Simmonds, 2014).

Considerando uma amostra de 185 profissionais com prática clínica no âmbito de terapia de luto, foram apontadas questões como: o risco de patologizar o luto, com possíveis implicações negativas para os pacientes; o facto de cada indivíduo vivenciar o luto de forma bastante individual, sendo cada relato e circunstancialismo único; e ainda a necessidade de atender a diversos factores culturais na resolução de um processo de luto (Ogden & Simmonds, 2014).

No âmbito das críticas que têm por alvo a conceptualização do luto prolongado a considerar para inserção formal no DSM-5, foi apontada a circunstância de alguma sintomatologia apenas ser mencionada no diagnóstico deste manual, nomeadamente: a dificuldade em ter reminiscências positivas em relação ao falecido, e de não se encontrar sustentada por evidência empírica bastante, enquanto indicador de um luto menos funcional. Também é referido que o hiato temporal de 12 meses para diagnóstico, que veio a ser adoptado pelo DSM-5, encontra menor suporte empírico do que o prazo de 6 meses, sendo o diagnóstico do aludido manual considerado extremamente heterogéneo (Boelen & Prigerson, 2012 citado em Jordan & Litz, 2014).

Envolvido em polémica, o conceito de luto complicado viria a ser inserido no DSM-5, sob a denominação de Perturbação de Luto Complexo Persistente, fazendo parte integrante de um apêndice, e tendo sido rejeitada a inclusão formal com base na argumentação de ser insuficiente a respectiva evidência empírica para ver reconhecida a sua autonomia enquanto diagnóstico separado (Barbosa, 2014).

A conceptualização do luto complicado, na formulação considerada pelo DSM-5 – Perturbação de Luto Complexo Persistente – opera uma síntese integrativa de duas das

principais posições teóricas de enquadramento deste conceito. Designadamente, considerou-se a perspectiva defendida por Prigerson e colaboradores (2009, citado em Barbosa, 2014), cujo enfoque principal é colocado no factor temporal, bem como a perspectiva proposta por Shear e colaboradores (2011, citado em Barbosa, 2014) cujo acento tónico é colocado na gravidade da sintomatologia apresentada pelo enlutado.

Por forma a garantir uma maior segurança na realização de possíveis diagnósticos, optou-se, no âmbito do DSM-5, por alargar o critério temporal para ocorrência da categoria de Perturbação de Luto Complexo Persistente para 12 meses, ao invés do hiato temporal de seis meses após a perda, considerado por ambas as correntes teóricas que serviram de base de sustentação a esta formulação conceptual (Barbosa, 2014), não sendo esta decisão, ainda assim, isenta de críticas (e.g. Boelen & Prigerson, 2012 citado em Jordan & Litz, 2014).

Todavia, a inclusão desta perturbação de luto prolongado em manuais de diagnóstico acarreta a vantagem de trazer esta temática o centro das atenções considerando a prestação de cuidados de saúde primários às populações, permitindo, por um lado, que os utentes dos serviços de saúde possam recorrer a ajuda especializada, e por outro, viabilizando-se uma maior tónica de evolução e melhoria da prática clínica, levando os psicólogos clínicos a melhor conhecer e identificar esta perturbação, promovendo-se programas de treino e tratamento da perturbação de luto complicado (Jordan & Litz, 2014).

1.2 Ansiedade Face à morte

Após uma revisão de literatura que se debruça sobre os autores clássicos de maior relevo, no âmbito do conceito de luto normal e luto patológico, numa perspectiva de orientação psicodinâmica, cabe analisar o estado da arte mais recente, quanto a este conceito base, bem como aferir os entendimentos mais correntes acerca de conceitos como a ansiedade face à morte, ou atitudes perante a morte, e mais especificamente, explorar em termos de revisão de literatura, em que moldes podem ser equacionados estes conceitos na respectiva aplicação a uma população envelhecida.

Numa abordagem mais actual, iremos considerar como enquadramento teórico basilar de suporte ao presente trabalho o conceito de ansiedade perante a morte, tal como se mostra caracterizado por Neimeyer, Wittkowski & Moser (2004), tendo como

metodologia a revisão de literatura que corresponde ao estado da arte deste conceito até Junho de 2003 (data de entrega do artigo para publicação), trabalho que faz especial referência à ansiedade perante a morte em indivíduos idosos, tendo cabido a Feifel (1956, citado em Neimeyer *et al.*, 2004) o papel de pioneiro na realização de estudos empíricos tendo por objecto as atitudes perante a morte em idosos, num início ainda incipiente, em que inexistiam instrumentos específicos para mensurar esta variável.

Segundo o estudo de metanálise de Fortner e Neimeyer (1999, citado em Neimeyer *et al.*, 2004), a ansiedade face à morte mostra-se mais exacerbada em indivíduos idosos que reúnam as seguintes características: 1) sejam portadores de mais problemas de ordem física; 2) apresentem uma história pessoal de sofrimento psicológico; 3) possuam crenças de natureza religiosa mais fracas e 4) apresentem uma menor integridade egóica, menor satisfação com a vida e que sejam menos resilientes. Ainda quanto a este aspecto da ansiedade perante a morte ou das atitudes face à morte, denota-se que importa explorar de modo mais aprofundado a sua qualidade e quantidade em populações idosas (Neimeyer, 2004). Será relevante levar em linha de conta variáveis como: estilos de *coping*, integridade do ego, isolamento social, socialização primária (Neimeyer, 2004), bem como a experiência pessoal de cada sujeito em termos de perdas e respectivos processos de luto (Florian & Mikulincer, 1997 citado em Neimeyer *et al.*, 2004).

Abordando-se agora o conceito de luto, no que diz respeito à sua vivência pela terceira idade, em termos de abordagens teóricas mais contemporâneas, poderá referir-se, a título de exemplo, os três tipos de luto no idoso, de acordo com o estudo de Harwood (2001, citado em Barros de Oliveira, 2010), sendo apontados, os seguintes tipos de luto: a) crónico (com duração superior a seis meses); b) ausente (inexistência de luto perante uma perda verificada) e c) adiado (tendo início apenas meses ou semanas após a perda).

1.3 Depressão na Terceira Idade

Considerando-se que o envelhecimento populacional assume-se como questão premente nos dias de hoje, em diversas sociedades hodiernas, sendo também bastante acentuado em Portugal, e levando mesmo a colocar em crise a possibilidade de renovação geracional, verificando-se um elevado índice de envelhecimento, que corresponde a um indicador de envelhecimento populacional que se define por

corresponder a uma relação entre a população idosa (com idade igual ou superior a 65 anos) e a população jovem (com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos), mostra-se bastante pertinente desenvolver estudos no sentido de melhor se compreender esta faixa da população.

Os valores do índice de envelhecimento, em forma de rácio percentual, apontam no sentido de um claro envelhecimento populacional situado nos 133,5% em 2013, denotando-se valores superiores a 100% (que indicam envelhecimento) desde 2001 (Fundação Manuel Francisco dos Santos, Pordata, 2014), sendo estes dados ilustrativos da realidade demográfica nacional.

A depressão é, actualmente, reconhecida como um problema de saúde pública em Portugal. Trata-se de uma patologia que afecta pessoas de todo o espectro de idades, mas que assume particular relevância entre a população envelhecida, na medida em que em idades mais avançadas é mais difícil o seu diagnóstico, quer porque nem sempre é assumida pelos pacientes, quer ainda porque a existência de co-morbilidades poderá ainda tornar mais difícil a sua identificação de forma autónoma e individualizada.

Com efeito, como refere Martins (2008), a depressão alcança os mais altos níveis de morbilidade e mortalidade, devido à dificuldade de diagnóstico decorrente das formas menos normativas com que se apresenta na população idosa. Inclusivamente, alguns estudos apontam no sentido de serem atípicas as depressões nos adultos idosos (Cohen & Eisdorfer, 1997 citado em Martins, 2008).

Revela-se importante apurar que factores podem contribuir para a sintomatologia depressiva em adultos mais velhos, assim, poderemos referir a conjugação de diversos níveis de influência da depressão na terceira idade, nomeadamente, a depressão de adultos idosos poderá dever-se à interacção de factores de risco de natureza diversa – genéticos, psicofisiológicos e psicossociais – tendo em linha de conta uma perspectiva de *life span* (e.g. Colman & Atallahjan, 2010 citado em Kamiya *et al.*, 2012; Fiske, Leobach Wetherell & Gatz, 2009 citado em Kamiya *et al.*, 2012).

No que tange à associação entre eventos temporalmente próximos da fase final de vida e a depressão, esta mostra-se verificada, sendo o luto experienciado na terceira idade considerado um preditor da depressão (e.g. Zizook & Kendler, 2007 citado em Kamiya *et al.*, 2012).

Eventos de vida causadores de *stress*, tais como a viuvez e o divórcio são, igualmente, passíveis de tornar os adultos idosos mais susceptíveis a um risco acrescido de patologia depressiva (e.g. Zizook & Kendler, 2007 citado em Kamiya *et al.*, 2012).

Neste estudo, para efeitos de medição da sintomatologia depressiva na amostra de conveniência seleccionada, optámos por utilizar como instrumento de medida a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – C.E.S.-D – validada para a população Portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2003), a qual já se mostrou adequada para aferir da verificação de sintomatologia depressiva em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (e.g. Lewinsohn *et al.*, 1997; Taylor *et al.*, 2008, Kamiya *et al.*, 2012).

Com efeito, vem sendo apontada a verificação de heterogeneidade entre adultos com idade superior a 60 anos, com diagnóstico de depressão *major*, todavia, importa aferir em que medida existem vários perfis ou apenas um perfil respeitante à depressão em adultos mais velhos, se comparados com adultos mais novos ou adultos de meia-idade (Hybels *et al.*, 2009, citado em Hybels, Landerman & Blazer, 2012).

De acordo com Hybels *et al.* (2012), a diversa expressão de sintomatologia depressiva, em consonância com a idade, poderá ficar-se a dever à variedade em termos de exposição a factores de risco. Cabe ainda referir que as diferenças, em termos de sintomatologia depressiva, apresentadas entre adultos mais velhos e mais jovens, podem também decorrer de comorbilidade em termos de doenças físicas ou ao nível de dificuldades cognitivas (Hybels *et al.*, 2012).

Segundo Hybels *et al.* (2012), os resultados do seu estudo confirmam a complexidade inerente à depressão em adultos mais velhos, tendo os autores sugerido a realização de novos estudos empíricos que permitam determinar se existem variáveis relacionadas com o desenvolvimento ou com factores biológicos que possam estar relacionadas com a idade, gerando diferenças entre grupos etários, em termos de depressão.

Por sua vez, Edelstein, Bomanti, Gregg e Gerolimos (2015) reconhecem os desafios inerentes à depressão na terceira idade, uma fase da vida já, de si, complexa, com alterações ao nível cognitivo, elevada probabilidade de co-morbilidades de natureza fisiológica ou médica e ainda associada ao desempenho de novos papéis

sociais, o que caracteriza bem as especificidades inerentes à depressão nesta fase da vida.

Com vista a promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados à população idosa, importa que os profissionais de saúde se mostrem consciencializados para a relevância de promover acções de despiste precoce de sintomas depressivos em adultos mais velhos, estando indicada uma maior prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados, comparativamente com idosos que se encontram ainda inseridos na vida em comunidade, nas suas próprias casas (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015).

O cenário acima descrito aplica-se à realidade nacional, sendo esta constatação uma motivação acrescida para dar continuidade a estudos exploratórios que nos permitam conhecer melhor as necessidades dos adultos mais idosos em termos de saúde mental, indo ao encontro das melhores estratégias de prevenção de patologias graves e nem sempre diagnosticadas facilmente nesta faixa etária, como é o caso da depressão em todos os seus cambiantes.

Na análise de variáveis como a depressão e o luto na terceira idade, surge também uma temática bastante pertinente, e a merecer a atenção da psicologia, trata-se da posição de cuidador principal do falecido, e de como tal circunstancialismo influencia o processo de luto e a sintomatologia depressiva nesta faixa populacional, e ainda de modo mais específico, se dentro da população adulta mais velha poderemos encontrar, ou não, diferenças significativas entre géneros na interacção entre variáveis e ainda relativamente à vivência do cuidador perante a perda (designadamente, considerando-se a vivência de um processo de luto e a verificação de sintomatologia depressiva).

Quanto à condição de principal cuidador de pessoa falecida, isto centrando-se o presente trabalho na população de idade avançada, estudos apontam no sentido de, em termos de género, as mulheres revelarem maior propensão para o desempenho do papel de cuidadoras dos respectivos cônjuges do que o inverso, mais se evidenciando a tendência para um efeito bastante similar em ambos os géneros, relativamente a sintomas depressivos em geral e em sintomas depressivos que se verifiquem em comorbilidade com processos de luto (e.g. Taylor *et al.*, 2008 citado em Presa, 2014a).

1.3.1 O Conceito de Depressão no DSM-5

No âmbito da recente revisão do DSM-5, também a patologia denominada por depressão sofreu alterações no respectivo enquadramento neste Manual de Diagnóstico universalmente aceite pela comunidade científica à escala global, tendo por termo de comparação a edição anterior do aludido Manual de Diagnóstico.

Numa breve nota ilustrativa, cabe explicitar que, para o que releva em termos do presente trabalho de investigação empírica, a ocorrência de uma situação de luto deixou de ser considerada como critério de exclusão deste diagnóstico, ainda que estejam presentes sintomas bastantes (em termos de quantidade, frequência e duração) para ser possível diagnosticar a ocorrência de uma *Perturbação Depressiva Major* (Araújo & Neto, 2014).

Estando, pois, admitida em termos de diagnóstico formal, a possibilidade de comorbilidade entre luto e depressão, procurar-se-á, no decurso do presente trabalho, aprofundar a relação entre estas duas variáveis, ainda que estejamos perante uma situação de luto complicado ou patológico, ou, na terminologia do DSM-5, ainda que se verifiquem manifestações de *Perturbação de Luto Complexo Persistente*.

Capítulo 2: Objectivos e Hipóteses de Estudo

O presente trabalho de investigação tem por objectivo geral proceder à análise exploratória das relações entre manifestações de luto prolongado, ansiedade perante a morte e a sintomatologia depressiva, numa amostra de idosos, de ambos os géneros, com idade igual ou superior a 65 anos, sendo ainda analisadas variáveis sociodemográficas, para uma caracterização mais ampla da amostra recolhida.

Em termos de objectivos gerais e específicos do estudo e respectivas hipóteses, indicam-se os que se seguem:

Objectivo Geral 1: Caracterizar a amostra populacional em relação ao tipo de luto manifestado (normal ou patológico); à ansiedade face à morte e à sintomatologia depressiva.

Objectivo Específico 1.1: Caracterizar a amostra estudada quanto às manifestações de luto complicado.

Objectivo Específico 1.2: Caracterizar a amostra estudada quanto à ansiedade perante a morte.

Objectivo Específico 1.3: Caracterizar a amostra estudada quanto à sintomatologia depressiva.

Objectivo Geral 2: Analisar a relação entre as manifestações de luto prolongado, a sintomatologia depressiva, a ansiedade perante a morte e variáveis sociodemográficas.

Objectivo Específico 2.1: Analisar a relação entre as manifestações de luto prolongado, sintomatologia depressiva e ansiedade perante a morte tendo em conta o sexo.

Hipótese 1: Espera-se que o sexo feminino apresente maior nível de manifestações de luto prolongado, comparativamente com o sexo masculino.

Hipótese 2: Espera-se que o sexo feminino apresente maior nível de sintomatologia depressiva, comparativamente com o sexo masculino.

Hipótese 3: Espera-se que o sexo feminino apresente um nível mais elevado de ansiedade perante a morte, comparativamente com o sexo masculino.

Objectivo Específico 2.2: Explorar a prevalência de sintomatologia depressiva atendendo ao tipo de relação mantida com o falecido.

Hipótese 4: Esperam-se encontrar valores mais altos de sintomatologia depressiva em caso de perda de um cônjuge/companheiro, do que em caso de perda de pai ou mãe.

Objectivo Geral 3: Analisar a relação entre as manifestações de luto prolongado e a ansiedade perante a morte.

Objectivo Específico 3.1: Verificar se as manifestações de luto prolongado se associam com a ansiedade perante a morte.

Hipótese 5: Espera-se que uma mais forte ansiedade perante a morte se associe com manifestações de luto prolongado.

Objectivo Geral 4: Analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte.

Objectivo Específico 4.1: Verificar se a sintomatologia depressiva se associa com a ansiedade perante a morte.

Hipótese 6: Espera-se que uma maior sintomatologia depressiva se associe a um maior nível de ansiedade perante a morte.

Objectivo Geral 5: Analisar a relação entre a sintomatologia depressiva e o luto prolongado.

Objectivo Específico 5.1: Verificar se a sintomatologia depressiva se associa com as manifestações de luto prolongado.

Hipótese 7: Espera-se que uma maior prevalência de sintomatologia depressiva se associe a uma maior incidência de manifestações de luto prolongado.

Capítulo 3. Metodologia

3.1 Participantes

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo (frequências e percentagens)

Caraterística	Frequências	Percentagens
Sexo		
Feminino	26	78.8
Masculino	7	21.2
Estado Civil		
Solteiro (a)	4	12.1
Casado (a)/União de Facto	18	54.5
Divorciado (a)	2	6.1
Viúvo (a)	9	27.3
Escolaridade		
Básico incompleto	3	9.1
Básico completo	7	21.2
Secundário incompleto	5	15.2
Secundário completo	8	24.2
Curso Médio	1	3.0
Curso Superior	8	24.2
Com quem vive		
Vive só	11	33.3
Vive com o Cônjuge	16	48.5
Cônjuge e terceiros	1	3.0
Vive com filhos ou netos	2	6.1
Outro	3	9.1
Suporte Social		
Sim	26	81.3
Não	6	18.8
Situação Económica		
Nada satisfatória	3	9.1
Pouco satisfatória	5	15.2
Satisfatória	20	60.6
Muito satisfatória	5	15.2
Relação com o falecido		
Cônjuge/companheiro	6	18.2
Irmão/Irmã	4	12.1
Pai/Mãe	15	45.5
Filho	2	6.1
Neto	2	6.1
Outros Familiares	4	12.1

Nota. N = 33

Os participantes situam-se numa faixa etária entre os 65 e 89 anos, com uma média de 70.88 anos e desvio-padrão de 6.12. Em relação ao sexo, existe o predomínio do sexo feminino (78.8%) comparado com o sexo masculino (21.2%).

Todos viveram um luto por perda de ente significativo.

3.2 Instrumentos

Para a realização do presente estudo empírico foram utilizados os instrumentos que, seguidamente, passam a ser descritos:

3.2.1 Questionário Sociodemográfico

Elaborado com questões especificamente orientadas para a clarificação de aspectos de relevo na análise dos dados colhidos junto da amostra populacional a estudar, inquirindo sobre diversas variáveis sociodemográficas (e.g. género, idade, escolaridade, agregado familiar actual, perdas sofridas, relação dos enlutados com os falecidos, situação económica (Anexo I).

3.2.2 Questionário de Ansiedade Face à Morte (QAFM)

O questionário de ansiedade face à morte, tendo por base o *Death Anxiety Questionnaire*, de Conte, Weiner e Plutchic (1992), adaptado para Portugal por Simões e Neto (1994) e, mais tarde, objecto de nova adaptação por Barros de Oliveira (1998), pretende aferir algumas das atitudes face à morte, sendo constituído por 11 itens que descrevem atitudes perante a morte, que devem ser pontuados pelos sujeitos através de uma grelha contendo uma escala de likert cuja pontuação varia entre 1 (Totalmente em desacordo) e 5 (Totalmente de Acordo).

O resultado final corresponde ao somatório da pontuação que seja atribuída a cada um dos itens.

Quanto à pontuação mínima, esta corresponde a 11 pontos, indicando uma baixa ansiedade face à morte, em termos de pontuação máxima, esta é de 55 pontos, e corresponde a uma elevada ansiedade face à morte.

Nos estudos efectuados para aferir a escala para a população Portuguesa a consistência interna é de .89 (Barros de Oliveira, 1998), no presente estudo empírico o *Alpha de Cronbach* é de .87, mantendo pois, a escala, uma elevada consistência interna.

3.2.3 Instrumento de Avaliação de Perturbação de Luto Prolongado (PG-13)

Inicialmente desenvolvido por Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski (2007), foi adaptado e validado para a população Portuguesa por Delalibera, Coelho e Barbosa, (2012). O instrumento é constituído por 13 itens de natureza descritiva que permitem identificar sintomatologia que seja reactiva à perda de uma pessoa significativa, sintomatologia que deve verificar-se durante um período mínimo de seis meses, e que seja geradora de perturbações ao nível da funcionalidade do sujeito enlutado. O questionário mostra-se cindido em três partes, sendo que a primeira parte integra 5 itens.

Os dois primeiros itens têm por objectivo proceder à avaliação da frequência do sentimento de ansiedade de separação, sendo as respostas pontuadas pelos sujeitos com recurso a uma escala de likert, variando entre 1 (quase nunca) e 5 (várias vezes ao dia).

O terceiro item afere a duração do sintoma, contendo uma resposta dicotómica que poderá ser afirmativa, caso o sintoma se manifeste por um período igual ou superior a seis meses, ou negativa, caso o sintoma se manifeste por hiato temporal inferior a seis meses. A segunda parte do Questionário é constituída por nove itens que procedem à descrição de sintomatologia cognitiva, emocional e comportamental, sendo a resposta pontuada através de uma escala de likert, numa pontuação que varia entre 1 (Não, de todo) e 5 (Exactamente). A terceira parte integra uma única questão, de natureza dicotómica afirmativa ou negativa, sendo respeitante a perturbações de ordem funcional em diversas áreas da vida do enlutado (vida social, profissional ou outras).

Com vista a identificar a ocorrência da perturbação de luto prolongado, devem ser assinalados pelo sujeito inquirido sentimentos com frequência diária, ou diversas vezes por dia, nas questões 1 e 2. No que diz respeito aos sintomas de angústia de separação, indicados na questão 3, estes devem ter-se manifestado, pelo menos, durante os últimos seis meses, desde a perda sofrida. Relativamente às questões atinentes aos sintomas de natureza cognitiva, comportamental ou emocional – questões 4 a 12 -, estes

deverão ter sido indicados com frequência diária, considerando-se o mínimo de cinco em nove questões.

Tendo em conta a questão final do instrumento, que diz respeito à funcionalidade aos níveis social, profissional ou noutras áreas importantes da vida dos sujeitos inquiridos, deverá ser dada resposta afirmativa, para se considerar a ocorrência de perturbação de luto prolongado. A pontuação final corresponde ao somatório de pontos que varia entre 11 e 55 pontos.

No estudo de aferição da escala para a população Portuguesa, a consistência interna é de .93 (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011), no presente estudo o *Alpha de Cronbach* é de .91, mantendo, pois, uma elevada consistência interna.

3.2.4 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

Esta escala, adaptada para a população Portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2003, 2004; Radloff, 1977) torna possível aferir da verificação de sintomatologia de natureza depressiva na população, globalmente considerada, dando particular ênfase à componente afectiva (humor depressivo) associada a esta perturbação de humor (Gonçalves & Fagulha, 2003, 2004). A CES-D tem-se revelado adequada enquanto instrumento de medida que permite o rastreio de perturbação depressiva bem como torna possível avaliar a intensidade da sintomatologia de natureza depressiva em sede de contexto clínico (Gonçalves & Fagulha, 2003).

A escala é constituída por 20 itens, os quais são representativos da sintomatologia de natureza depressiva, aferindo a frequência com que os diversos sintomas depressivos se verificam durante a última semana. A resposta à escala é dada através de uma escala de quatro pontos, desde “nunca, muito raramente” a “com muita frequência, sempre”, sendo os itens cotados de 0 – “nunca”- a 3 pontos – “sempre”. Quatro itens encontram-se formulados pela positiva, devendo ser cotados de forma inversa aos restantes, tendo por objectivo proceder à avaliação de afectos positivos e evitar tendências de resposta. Em termos de resultado final da Escala, este varia entre 0 e 60 pontos, indicando os resultados mais elevados uma maior sintomatologia de natureza depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2003).

A CES-D revelou uma boa consistência interna, no âmbito do estudo realizado entre estudantes universitários, para aferir este instrumento para a população Portuguesa, apresentando um valor do Coeficiente *Alpha de Cronbach* de .92, tendo sido apurada uma média de 13,3 e um desvio-padrão de 9,9 (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Nos estudos efectuados com vista à validação da escala para Portugal a consistência interna é de .92 (Gonçalves & Fagulha, 2003), apurando-se no corrente estudo um *Alpha de Cronbach* de .89, revelando uma boa consistência interna.

3.3 Procedimento

A recolha de dados para o presente estudo decorreu entre os meses de Abril e Outubro de 2015, sendo a amostra, de conveniência, constituída por indivíduos de ambos os géneros, com idade igual ou superior a 65 anos.

A amostra foi recolhida junto da Paróquia de São João de Deus, Concelho e Distrito de Lisboa, mediante autorização concedida pelo Pároco responsável.

Antes da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi entregue a cada um dos sujeitos um documento de consentimento informado, onde era apresentado e caracterizado o estudo, sendo garantida a confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes. De igual modo, foi facultado contacto da investigadora, para que, querendo, os participantes solicitassem informação acerca dos resultados do estudo em curso (Ver anexo II).

Em alguns casos foram solicitados esclarecimentos durante o preenchimento dos questionários, mas, de uma forma geral, tal preenchimento decorreu autonomamente, na medida em que foram seleccionados instrumentos breves, considerando-se a idade avançada dos sujeitos que integram a amostra recolhida.

3.4 Procedimento Estatístico

Os dados recolhidos foram objecto de tratamento estatístico com recurso ao *IBM Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20). Procedeu-se a uma análise descritiva da amostra recolhida e, posteriormente optou-se por proceder à análise correlacional com vista a explorar o modo como se relacionam as variáveis.

Utilizou-se também o teste U de Mann-Whitney para testar diferenças entre grupos, dado o número reduzido de indivíduos que compunham os dois grupos a comparar.

Os dados sociodemográficos colhidos foram submetidos a análise estatística descritiva, o mesmo tendo sido feito em relação aos dados obtidos através dos três instrumentos aplicados, mediante cálculo da média e desvio-padrão, ou de frequências e percentagens, em consonância com a natureza das variáveis em estudo.

Capítulo 4: Resultados

No presente capítulo apresentam-se os resultados que pretendem dar resposta aos objectivos e respectivas hipóteses, apresentados supra, no capítulo 2.

4.1 Caracterização dos sintomas de luto prolongado, da ansiedade perante a morte e sintomatologia depressiva

Seguidamente, far-se-á a análise descritiva dos sintomas de luto prolongado manifestados pela amostra em estudo, apresentando-se cálculo de Média, Desvio-padrão, frequências e percentagens (Quadro 2).

Quadro 2

Caracterização dos sintomas de luto prolongado

Variável	M	DP
Total sintomas luto prolongado	27,33	10,65

Nota. N = 33

Para melhor caracterizar a amostra, quanto à variável manifestação de luto prolongado, apresenta-se a frequência e percentagem de participantes que, respectivamente, preenchem ou não os critérios de luto prolongado (Quadro 3).

Quadro 3

Frequências e Percentagens – luto prolongado

Variável	Frequências	Percentagens (%)
C/ luto prolongado	2	6,5
S/ luto prolongado	29	93,5

Nota. N = 31

De seguida, far-se-á a análise descritiva da ansiedade perante a morte manifestada pela amostra em estudo, apresentando-se cálculo de Média e Desvio-padrão (Quadro 4).

Quadro 4

Caracterização da ansiedade perante a morte

Variável	M	DP
Ansiedade perante a morte	37,20	9,57

Nota. N = 30

Desta feita, far-se-á a análise descritiva da sintomatologia depressiva manifestada pela amostra em estudo, apresentando-se cálculo de Média e Desvio-padrão (Quadro 5).

Quadro 5

Caracterização da sintomatologia depressiva

Variável	M	DP
Sintomatologia depressiva	22,32	10,57

Nota. N = 31

4.2 Comparar as manifestações de luto prolongado para ambos os sexos

Pela observação das médias, as mulheres apareceram associadas a níveis mais altos de luto prolongado $M = 27.58$ ($DP = 8.86$), comparativamente com os homens, que apresentaram valores mais baixos $M = 26.43$ ($DP = 16.67$). No teste da hipótese de que as mulheres e os homens diferiam significativamente em relação ao luto prolongado, foi aplicado um *t de Student* para amostras independentes. A diferença das médias não se revelou estatisticamente significativa $t(31) = .25$, $p = .81$. Deste modo, as mulheres e os homens na amostra em estudo não diferem significativamente quanto ao luto prolongado.

4.3 Comparar a sintomatologia depressiva para ambos os sexos

Verifica-se pela observação das médias que as mulheres ($n = 24$) apareceram associadas a níveis mais altos de sintomatologia depressiva $M = 23.04$ ($DP = 7.60$), comparativamente com os homens ($n = 7$), que apresentaram níveis mais baixos $M = 19.86$ ($DP = 18.14$). Para testar a hipótese de que as mulheres e os homens diferiam significativamente na sintomatologia depressiva, foi aplicado um *t de Student* para amostras independentes. A diferença das médias não se mostrou, contudo,

estatisticamente significativa $t(29) = .70, p = .49$. Destarte, as mulheres e os homens, na amostra em estudo, não diferem significativamente em relação à sintomatologia depressiva.

4.4 Comparar a ansiedade perante a morte para ambos os sexos

Pela observação das médias, os homens surgem associados a níveis mais altos de ansiedade perante a morte $M = 41.00$ ($DP = 12.99$), comparativamente com as mulheres, que, por sua vez, apresentaram níveis mais baixos $M = 36.04$ ($DP = 8.29$). Com vista a testar a hipótese de que as mulheres e os homens diferiam significativamente na ansiedade perante a morte, foi aplicado um *t de Student* para amostras independentes. A diferença das médias não se veio a revelar estatisticamente significativa $t(28) = 1.21, p = .24$. Desta forma, as mulheres e os homens na amostra em estudo não diferem significativamente no que tange à ansiedade perante a morte.

4.5 Comparar a sintomatologia depressiva com o tipo de relação com o falecido

Para testar a hipótese de que os participantes diferiam quanto ao nível de sintomatologia depressiva, consoante o tipo de relação que mantinham com o falecido, recorreu-se a estatística não-paramétrica, considerando-se a reduzida dimensão da amostra, tendo-se optado pela utilização do teste U de Mann-Whitney para amostras independentes, visto que não se mostraram reunidos os requisitos para recorrer a estatística paramétrica.

Com efeito, no que diz respeito à sintomatologia depressiva e à relação mantida com o falecido, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os enlutados que perderam o cônjuge ou companheiro ($Mdn = 26,50$) não diferem significativamente dos enlutados que perderam o pai ou a mãe ($Mdn = 24,00$) no que tange à sintomatologia depressiva, $U = 30,50, z = -.749$.

Quadro 6

Medias e desvios-padrão das diferenças entre sintomatologia depressiva e o tipo de relação com o falecido

Tipo de Relação com o falecido	M	DP
Cônjuge/companheiro	27.17	5.46
Irmão	18.00	2.16
Pai/Mãe	21.69	3.13
Filho	19.50	6.50
Neto	22.00	6.00
Outros familiares	23.00	6.35

Nota. N=33

4.6 Análise da relação entre o luto prolongado e a ansiedade perante a morte

De molde a proceder à análise da associação entre o luto prolongado e a ansiedade perante a morte, efectuou-se o cálculo da correlação de Pearson. Os resultados obtidos informam da existência de uma correlação positiva significativa entre ambos ($r = .39, p = .03$).

4.7 Análise da relação entre a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte

Com vista a analisar a associação entre a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte, realizou-se o cálculo da correlação de Pearson. Os resultados obtidos apontam para a existência de uma correlação positiva significativa entre ambos ($r = .38, p = .04$).

4.8 Análise da relação entre a sintomatologia depressiva e o luto prolongado

Por forma a analisar a associação entre a sintomatologia depressiva e o luto prolongado, procedeu-se ao cálculo da correlação de Spearman. Os resultados obtidos

indicam que as variáveis não se mostram correlacionadas, variando, contudo, no mesmo sentido ($r_s = .11, p = .56$).

Capítulo 5: Discussão de Resultados

No presente capítulo será apresentada a discussão dos resultados da corrente investigação, tendo por base os objectivos e hipóteses atrás definidos no capítulo 2 deste trabalho.

5.1. Comparação entre as manifestações de luto prolongado, a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte em ambos os sexos

De acordo com o objectivo específico 2.1, pretendeu-se analisar as manifestações de luto prolongado, a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte em relação a ambos os sexos.

Segundo a hipótese 1 do presente estudo, era esperado que o sexo feminino apresentasse maior nível de manifestações de luto prolongado, comparativamente com o sexo masculino.

Se bem que as mulheres tenham apresentado maior incidência de manifestações de luto prolongado, por comparação com os homens, a verdade é que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos, pelo que não se mostrou possível confirmar a hipótese formulada.

Em consonância com a hipótese 2 deste estudo, era esperado que o sexo feminino apresentasse maior incidência de sintomatologia depressiva, comparativamente com o sexo masculino. Ora, ainda que as mulheres denotem maior prevalência de sintomatologia, por comparação com os homens, na amostra do presente estudo não se logrou encontrar diferenças estatisticamente significativas entre ambos os sexos, sendo impossível confirmar a hipótese referida.

Segundo a hipótese 3 do presente estudo, era esperado que o sexo feminino apresentasse um nível mais elevado de ansiedade perante a morte, comparativamente com o sexo masculino. Todavia, não veio a ser apurada diferença estatisticamente significativa entre ambos os sexos, no que diz respeito à variável ansiedade perante a morte, mas de forma algo curiosa, os homens surgem associados a níveis mais elevados de ansiedade perante a morte do que as mulheres. Perante a não significância estatística dos resultados apurados, com a amostra em estudo, não se mostra possível confirmar a

hipótese formulada sob o número 3. Curiosamente, encontra-se na literatura estudos que vão ao encontro da hipótese colocada, apresentando as mulheres maior ansiedade perante a morte, por comparação com os homens, e precisamente no âmbito de uma população idosa (Missler, Stroebe, Lilian, Mastenbroek, Chmoun, & van der Houwen, 2012), mas não se trata de uma questão consensual, em particular, no que diz respeito a adultos mais velhos, pois existem também estudos que apontam no sentido de o género não ser um preditor de ansiedade perante a morte, ao passo que outros trabalhos empíricos se mostram em concordância com a formulação da hipótese 2 do presente estudo, indicando que as mulheres apresentam maior ansiedade perante a morte, comparativamente com os homens. Estas discrepâncias de resultados poderão potencialmente ser devidas a questões metodológicas de medição do constructo ansiedade perante a morte (DePaola, Griffin, Young & Neimeyer, 2003) e, particularmente, à dimensão das amostras.

Acredita-se pois que a generalidade destes resultados inconclusivos possam dever-se ao reduzido tamanho da amostra estudada, sendo recomendado, em futuros trabalhos de investigação, a constituição de uma amostra de dimensão mais alargada e, desejavelmente, representativa da população estudada (adultos mais velhos), por forma a permitir obter resultados conclusivos e generalizáveis, até porque as conclusões que possam vir a ser retiradas, com significância estatística, serão passíveis de potenciar uma evolução positiva da prática clínica em termos de terapia de luto, em especial, em populações envelhecidas, contemplando-se planos de intervenção junto de instituições de cuidados de saúde primários (e.g. centros de saúde, hospitais, clínicas).

5.2 Comparação entre a prevalência de sintomatologia depressiva e a relação mantida com o falecido

De acordo com o enunciado da hipótese 4 deste estudo, esperou-se encontrar valores mais altos de incidência de sintomatologia em enlutados que houvessem sofrido a perda do cônjuge ou companheiro, ou de um ou ambos os progenitores.

No âmbito da presente investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em termos de prevalência de sintomatologia depressiva, entre os enlutados que perderam o parceiro relacional, ou os seus progenitores. Estes resultados redundam na impossibilidade de confirmar esta hipótese. Tais resultados,

pela sua inconclusividade, não nos permitem explorar esta questão, contudo, a literatura suporta a ideia de que o luto perante uma perda de pessoa significativa, mormente, de cônjuge, é passível de uma evolução mais gravosa em termos da elaboração do respectivo processo, apresentando os viúvos uma tendência mais acentuada para desenvolver sintomas depressivos, ainda mesmo durante o decurso do processo de luto (Delbés & Gaymu, 2000 citado em Lalive D'Epinay, Cavalli & Spini, 2003; Gallagher, Breckenridge, Thompson & Peterson, 1983 citado em Lalive D'Epinay, Cavalli & Spini, 2003; Umberson, Wortman & Kessler, 1992, citado em Lalive D'Epinay, Cavalli & Spini, 2003).

Com efeito, encontra-se evidência que suporta esta hipótese, mais concretamente, Lalive D'Epinay *et al.* (2003) encontraram um aumento significativo de sintomatologia depressiva entre enlutados idosos que haviam sofrido a perda do cônjuge (ou de filhos), e também em enlutados que haviam sofrido a perda de amigos. Ainda segundo Lalive D'Epinay *et al.* (2003), a sintomatologia depressiva entre idosos enlutados perante a perda de cônjuge ou de descendente revela-se prejudicial à saúde dos enlutados em termos fisiológicos e funcionais.

Destarte, os resultados inconclusivos do presente estudo, quanto a esta hipótese de diferenças de género em termos de sintomatologia depressiva em enlutados idosos, levando-se em conta a natureza da relação com o falecido, acredita-se que fiquem a dever-se, mais uma vez, à reduzida dimensão da amostra, e ainda pelo circunstancialismo de a mesma não ser representativa da população a estudar, sendo esta uma pista para futuros estudos explorando-se a realidade nacional, num país assumidamente envelhecido e deprimido.

5.3 Comparação entre a ansiedade perante a morte e as manifestações de luto prolongado

De acordo com o objectivo específico 3.1 do presente estudo, pretendeu-se verificar se as manifestações de luto prolongado se associavam com a ansiedade perante a morte. Decorrendo deste objectivo específico supra citado, a formulação da hipótese 5 apontava no sentido de ser expectável que uma mais forte ansiedade perante a morte se encontrasse associada com manifestações de luto prolongado.

A análise da associação entre o luto prolongado e a ansiedade perante a morte revelou a existência de uma correlação positiva significativa entre ambos, o que nos permite confirmar o teor da hipótese 5 deste estudo.

5.4 Comparação entre a sintomatologia depressiva e a ansiedade perante a morte

Tendo presente o enunciado do objectivo específico 4.1, pretendeu este estudo verificar se a sintomatologia depressiva se mostra associada com a ansiedade perante a morte, considerando-se a amostra em estudo, de adultos mais velhos.

Segundo a formulação da hipótese 6, esperava-se que uma maior prevalência de sintomatologia depressiva se associasse a um mais elevado valor de ansiedade perante a morte. Uma vez que a análise da associação entre sintomatologia depressiva e ansiedade perante a morte permitiu verificar a existência de uma correlação positiva significativa entre ambas as variáveis, fica confirmada a hipótese 6. A relação da sintomatologia depressiva com a ansiedade perante a morte encontra suporte na literatura, podendo referir-se, a título de exemplo, o entendimento de Kubler-Ross (1969,2009 citado em Wong & Tomer, 2011) de acordo com o qual a depressão é uma reacção emocional negativa que integra o processo de aceitação da morte.

5.5 Comparação entre a sintomatologia depressiva e as manifestações de luto prolongado

Tendo em consideração o objectivo específico 5.1, procurou-se verificar se a sintomatologia depressiva se mostra associada às manifestações de luto prolongado.

Segundo a hipótese 7, seria de esperar que uma maior prevalência de sintomatologia depressiva se mostrasse associada a um mais elevada incidência de manifestações de luto prolongado, na população em estudo, ou seja, em adultos mais velhos.

Uma vez que a variável manifestações de luto prolongado não apresentava uma distribuição normal, a respectiva análise correlacional com a variável sintomatologia depressiva foi levada a efeito com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman, tendo os resultados demonstrado que não existe qualquer correlação entre estas variáveis no nosso estudo, pelo que se rejeita a hipótese 7.

Ora, tal resultado não vai ao encontro da literatura, na medida em que existem diversos estudos empíricos que confirmam a possibilidade de co-morbilidade entre depressão e manifestações de luto prolongado (e.g. Neria *et al.*, 2007a citado em Barbosa, 2014; Newson *et al.*, 2011 citado em Barbosa, 2014).

Um estudo recente de Lotterman, Bonanno e Galatzer-Levy (2014) aponta no sentido de existir um crescente reconhecimento da distinção entre transtorno depressivo *major* e luto complicado, sendo tais perturbações encaradas como, efectivamente, distintas na fase pós-luto, porém, e como os próprios autores mencionam e reconhecem, grande parte dos estudos que se debruçam sobre esta temática não contemplaram o modo de funcionamento dos indivíduos que compõem as amostras em momento anterior à perda, aspecto este que permitiria uma melhor compreensão dos padrões de reacção perante uma situação de luto.

Esta disparidade de resultados entre o que se mostra apurado neste estudo, e aquilo que se encontra em literatura especializada certamente se fica a dever à reduzida dimensão da amostra, e à sua não representatividade da população em estudo, ou seja de adultos mais velhos.

Capítulo 6: Conclusões e limitações do estudo

O presente estudo focou-se numa população-alvo de bastante relevo perante a realidade do nosso país, ou seja, cada vez mais importa colhermos um olhar objectivo sobre os adultos mais velhos em Portugal.

Foi nosso propósito, ao explorar a forma como as variáveis em estudo se articulavam entre si, dar um contributo acrescido para melhor caracterizar e compreender o funcionamento de adultos mais velhos, equacionando-se a vivência de luto patológico, complexo ou prolongado (expressões aqui assumidas enquanto sinónimos), e explorando as possíveis associações com a ansiedade perante a morte e a sintomatologia depressiva, em busca das especificidades atinentes à população escolhida.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, em termos de género, no que diz respeito a manifestações de luto prolongado, sintomatologia depressiva e ansiedade perante a morte.

Quanto à associação entre sintomatologia depressiva e a relação mantida entre enlutado e falecido, esta não se mostra confirmada, mas abre a reflexão mais circunstanciada acerca desta problemática, deixando pistas importantes para a realização de estudos futuros, na população idosa, quanto a esta possível associação, sendo interessante explorar esta questão tendo em conta uma amostra representativa da população Portuguesa.

No presente estudo logrou-se confirmar que as manifestações de luto prolongado se mostram associadas com a ansiedade perante a morte, em termos estatisticamente significativos. Confirmou-se ainda, como hipotetizado, que, por sua vez, a sintomatologia depressiva se encontra associada com a ansiedade perante a morte.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, em termos de género, no que diz respeito a manifestações de luto prolongado, sintomatologia depressiva e ansiedade perante a morte em adultos mais velhos, porém, a nosso ver, esta questão merece ser objecto de ulteriores desenvolvimentos em próximos trabalhos de investigação, que permitiriam traçar um mapa mais completo das especificidades da população envelhecida em Portugal.

Como limitações ao presente estudo, que certamente influíram nos resultados do mesmo, globalmente menos significativos estatisticamente do que aquilo que desejaríamos, aponta-se, desde logo, a reduzida dimensão da amostra, bem como o facto de a mesma ser de conveniência, não sendo, portanto, representativa da generalidade da população Portuguesa, nem permitindo extrair conclusões generalizáveis a toda a população desta faixa etária mais próxima do final da vida.

Contudo, sempre se dirá que o presente estudo certamente despertou interesse, de modo acrescido, para realizar novos trabalhos nesta área temática da vivência das manifestações de luto patológico em adultos mais velhos, e da sua articulação com outras variáveis potencialmente relevantes nesta realidade, mormente a ansiedade perante a morte e a sintomatologia depressiva, abrindo-se um sem número de possibilidades de futuras correntes de investigação no nosso país.

Numa reflexão final, gostaríamos ainda de destacar que seria importante, aquando da realização de novos estudos nesta área, afinar a metodologia de amostragem e, potenciar, assim, a aplicação de métodos estatísticos mais complexos, e logo, mais informativos do que se passa na nossa realidade, permitindo planejar intervenções concretas junto de adultos mais velhos que acorram aos cuidados de saúde primários, prevenindo-se, dentro do possível, maior prevalência de patologias agudas (em termos de luto e sintomatologia depressiva), e acompanhando de forma terapêutica adequada, os casos já diagnosticados.

Referências Bibliográficas

- Araújo, A., & Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais - O DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (1), p. 67 – 82.
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I.G. Neto, (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (pp. 487-532) Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2014). Complicações do luto. In A. Barbosa (coord.), *Contextos do luto* (pp. 1-30). Lisboa: Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barros De Oliveira, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). Porto: Legis Editora. pp. 107-116.
- Barzoff, J. (2003). Psychodynamic theories in grief and bereavement, *Smith College Studies in Social Work*, 73:3, 273-298, DOI: 10.1080/00377310309517686
- Coimbra de Matos, A. (2002). Notas sobre o luto, melancolia, paranóia e esquizofrenia paranóide. In *O Desespero* (pp. 203-205). Lisboa: Climepsi.
- Delalibera, M.; Coelho, A. e Barbosa, A. (2012). Estudo de adaptação e validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. In *Investigação Quantitativa em Cuidados Paliativos* (pp. 87-106). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- DePaola, S. A., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27(4), 335.
- Edelstein, B. A., Bamonti, P. M., Gregg, J. J., & Gerolimatos, L. A. (2015). Depression in later life. In P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, B. D. Carpenter, J. Loebach Wetherell, P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, ... J. Loebach Wetherell (Eds.) , *APA handbook of clinical geropsychology*, Vol. 2: Assessment, treatment, and issues of

later life (pp. 3-47). Washington, DC, US: American Psychological Association.
doi:10.1037/14459-001

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41-48. doi:10.12707/RIV14030

Freud, S. (1967). Duelo y melancolia (1912). In *Sigmund Freud – Obras Completas*, Vol I (pp. 1075-1082). Madrid: editorial Biblioteca Nueva. (Tradução do original em Alemão Publicado em 1917).

Fundação Francisco Manuel dos Santos, Pordata (2014).
<http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (C.E.S.-D). In M.M. Gonçalves, M.R. Simões, L.S. Almeida, & C. Machado (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol.1, pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editora.

Grinberg, L. (2000). Luto normal e luto patológico. In *Culpa e Depressão* (pp. 145-155). Lisboa: Climepsi.

Grinberg, L. (2000). Elaboração do luto. In *Culpa e Depressão* (pp. 157-167). Lisboa: Climepsi.

Henriques Rego, L. (2014). A vivência do luto nos idosos. A. Barbosa (coord.), *Contextos do luto* (pp. 171-181). Lisboa: Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Hybels, C. G., Landerman, L. R. & Blazer, D. G. (2012). Age differences in symptom expression in patients with major depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 601-611.

Jordan, A. H. & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180-187.

- Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. C. & Timonen, V. (2012). Depressive symptoms among older adults. The Impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging & Mental Health*, 17(3), 349-357. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.747078>
- Laliv D'Epinay, C. J., Cavalli, S., & Spini, D. (2003). The death of a loved one: Impact on health and relationships in Very Old Age. *Omega: Journal of Death & Dying*, 47(3), 265-284. doi:10.2190/3GMV-PGL9-UD68-NEKW
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E & Allen, N. B. (1997). Center for epidemiologic studies depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging*, 12(2), 277-287. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.12.2.277>
- Lotterman, J. H., Bonanno, G. A., & Galatzer-Levy, I. (2014). The heterogeneity of long-term grief reactions. *Journal of Affective Disorders*, 167,12-19. doi:10.1016/j.jad.2014.05.048
- Loureiro, M. G. P. S. (2009). *Validação da escala do center for epidemiologic studies of depression – CES-D numa população de idosos*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Martins, R. (2008). A depressão no Idoso. *Revista Millenium*, 34, 119-123. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/9.pdf>
- Missler, M., Stroebe, M., Lilian, G., Mastenbroek, M., Chmoun, S., & van der Houwen, K. (2011). Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *Omega: Journal ff Death And Dying*, 64(4), 358-379. doi:10.2190/OM.64.4.e
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, (28), p. 309 – 340.
- Ogden, S. P. & Simmonds, J. G. (2014). Psychologists' and counsellors' perspectives on prolonged grief disorder and its inclusion in diagnostic manuals. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14(3), 212-219, DOI:10.1080/14733145.2013.790456

- Presa, J. (2014a). Género e processo de luto. In A. Barbosa (coord.), *Mediadores do luto* (pp. 21-41). Lisboa: Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Presa, J. (2014b). Lutos e perdas ao longo da vida. In A. Barbosa (coord.), *Contextos do luto* (pp. 65-90). Lisboa: Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Taylor, D. H., Kuchibhatla, M., Østbye, T., Plassman, B. L., & Clipp, E. C. (2008). The effect of spousal caregiving and bereavement on depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 12(1), 100–107. <http://doi.org/10.1080/13607860801936631>
- Wong, P. P., & Tomer, A. (2011). Beyond terror and denial: The positive psychology of death acceptance. *Death Studies*, 35(2), 99-106. doi:10.1080/07481187.2011.535377

Anexos

Anexo I – Questionário Sociodemográfico

Anexo II – Consentimento Informado

Anexo III – Pedido de Autorização